

日期：

患者信息 (此部分由縣辦事員完成)	
患者姓名：	患者出生日期：
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

親愛的 \_\_\_\_\_ 醫生，  
 請完成下列的陳述表并在 \_\_\_\_\_ 之前送回給縣有關上述患者相關的聲明，以便我們可以  
 確認其符合Medi-Cal 資格。請使用預先印好地址的郵資已付信封。您還可透過下列傳真或電子郵箱送回  
 聲明。您的患者已授權將此信息披露給我們。患者授權請見附件。

縣辦事員簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

縣辦事員印刷體姓名： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_ 傳真號碼： \_\_\_\_\_

縣辦事員電子郵箱： \_\_\_\_\_

**醫生根據配偶致貧規定對家庭與社區 服務的验证**  
 (Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

醫生信息	
醫生印刷體姓名：	日期：
電話：	電子郵箱：
<p>根據我的檢查，我的患者 _____，可能需要護理機構連續至少 30 天的護理，直至能接受可使其在家安全居住的居家式護理以及輔助服務。我的患者于 _____ 首次開始需要此類護理機構護理服務，并在此日期后仍然需要此類服務。</p>	
<p>本人聲明此醫生證明中所含信息真實正確，如有不實，本人愿接受美利堅合眾國及加利福尼亞州法律偽證罪之懲罰。</p>	
<p>醫生簽名：</p>	

日期：

**患者授權**

本人， \_\_\_\_\_ 授權醫生 \_\_\_\_\_  
將此表中的醫療信息披露給 \_\_\_\_\_ 縣，用於確認本人的 Medi-Cal 資格。

- 本人授權使用或披露個人可識別健康信息（如上所述）用於所列用途。
- 本人有權撤銷對信息的披露許可。如果本人簽署了使用或披露信息的授權，可隨時取消該授權。取消授權必須以書面形式進行且不影響已經使用或披露的信息。
- 本人有權收到此授權的副本。
- 本人自願簽署此授權，如果不簽署此授權，本計劃規定的待遇、報酬、或資格本人將會無法享受。
- 本人明白除非經本人另外授權或根據法律特別要求或許可，否則依照本授權向其披露記錄與信息的個人不得再次使用或披露此醫療信息。

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

如果此披露並非由患者簽名，請詳細說明簽名的授權情況：

- 未成年人的父母       監護人       配偶       授權代表

請說明與患者的關係以及患者無法親自簽名的理由： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

證人：本人熟悉簽署此表的人士或明確此人的身份：（需要“X”，字跡模糊，或外文簽名）

證人簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_ 市/郵政編碼： \_\_\_\_\_

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C, Section 1320d-1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2); 38 U.S.C., Section 7332; 20 U.S.C., Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798-1798.78.